

KHAG-Kabinettsentwurf: große Enttäuschung für die Kliniken

Die Krankenhäuser zeigen sich enttäuscht vom Kabinettsentwurf zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG), der am 8. Oktober 2025 öffentlich wurde. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht noch erhebliche Defizite mit Blick auf die im Koalitionsvertrag verabredeten Anpassungen der Krankenhausreform. Substanzielle Verbesserungen, die die Krankenhausreform dauerhaft praxistauglich machen sollten, seien nicht zu finden, heißt es in einer Presseerklärung. Insgesamt bleibt die Reform der Reform auch weit hinter den Erwartungen und Forderungen der Länder zurück.

Die Krankenhausreform des Bundes ist zum 1. Januar 2025 in Kraft getreten. Am 10. September 2025 sollte das KHAG ursprünglich ins Bundeskabinett eingebracht werden und wurde kurzfristig wieder von der Tagesordnung genommen. Die bisherigen Regelungen des KHVVG sollen durch das KHAG „praxistauglich“ gemacht und angepasst werden.

„Deutschland benötigt eine Krankenhausreform, um die Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln und eine Antwort auf den demografischen Wandel zu finden“, erklärte der Vorstandsvorsitzende der DKG, **Dr. Gerald Gaß**. Das jetzt von Bundesgesundheitsministerin **Nina Warken** (CDU) vorgelegte Gesetz zur Reformanpassung erfülle aber die Erfordernisse dauerhaft verlässlicher Rahmenbedingungen, einer stabilen Finanzierung und des dringend notwendigen Abbaus von Bürokratie nicht: „Die Reform verfehlt damit die selbst gesteckten Ziele der Politik.“

Die Bundesländer würden in vielen Regionen vor allem in der Fläche nicht mehr in der Lage sein, eine eigenständige und am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtete Krankenhausversorgung zu planen und umzusetzen, prophezeit der DKG-Vorstandsvorsitzende. Von den dafür eingeforderten Gestaltungsspielräumen für die Länder ist nur wenig umgesetzt worden. Ausnahmen von den bundesweiten, äußerst kleinteiligen und kostenintensiven Personal- und Strukturvorgaben für die Leistungsgruppen dürfen die Länder nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen machen – und nur befristet für drei Jahre. „Die Kompetenz zur Krankenhausplanung, einem verfassungsrechtlich den Ländern zugeordneten Politikfeld, üben künftig Bund und Krankenkassen aus. Die von den Ländern selbst immer wieder geforderten Gestaltungsspielräume hängen damit im Einzelnen von der Zustimmung der Krankenkassen ab“ so Gaß weiter.

Auch für zahlreiche der sehr erfolgreich und mit hoher Qualität arbeitenden Fachkliniken dürfte es eng werden. Den von ihnen geforderten breiten Entscheidungsspielraum zum Erhalt der Fachkliniken werden die Länder auch hier nicht haben.

Die vorgesehene Vorhaltefinanzierung werde ihren eigentlichen Zweck, bedarfsnotwendige Versorgungsangebote zu sichern, nicht erfüllen, so Gerald Gaß Grund- und Regelversorgungskli-

niken, die in Folge der Reform ihr Leistungsspektrum einschränken müssen, erhielten keinerlei Ausgleich für die dadurch wegfallenden Erlöse. „Viele Kliniken stehen deshalb vor dem Aus.“ Dennoch halte das Gesetz an diesem Teil der Reform fest. Die Einführung dieser Finanzierungskonzeption erst einmal zu verschieben, sei nur ein Feigenblatt, aber keine Lösung. „Auch hier werden die Länder zusehen müssen, wie die zu recht gestutzten Leistungsangebote der Häuser in der Grund- und Regelversorgung zu dauerhaften Defiziten und damit zum Exitus dieser Standorte führen werden. Wohlklingende Wortschöpfungen können nicht darüber hinwegtäuschen, dass hier kein einziger Euro für die Vorhaltung der Krankenhäuser fließen wird.“

Mindestvorhaltezahlen und eine onkochirurgische Verbotsliste aus dem KHVVG blieben unverändert, trotz nachgewiesener Fehlanreize und rechtlicher Bedenken. Von Bürokratieabbau und Deregulierung sei im KHAG-Entwurf wenig zu spüren: Sogar der mangelhafte Bundes-Klinik-Atlas, den Nina Warken im Sommer noch abschaffen wollte, wird im Gesetzentwurf zementiert und soll künftig die Krankenhäuser in eine längst abgeräumte Level-Struktur einteilen.



DKG-Vorstandsvorsitzender Dr. Gerald Gaß: „Insgesamt ist dieses Gesetz eine Enttäuschung für alle diejenigen, die sich erhofft hatten, dass innovative Patientenversorgung gefördert, Krankenhäuser von Bürokratie entlastet, die Etablierung Telemedizinischer Angebote erleichtert und regionale Versorgungsverbünde gestärkt werden.“

Foto: Jens Jeske

„Gesetzentwurf bringt wenige Korrekturen und neue Unsicherheiten“

Auch der BDPK sieht den KHAG-Entwurf deutlich hinter den Erfordernissen zurückbleiben, der die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen gewährleisten kann. „Vermeintliche Strukturqualitätskriterien in den Leistungsgruppen erreichen allenfalls das Ziel, kleinere Krankenhäuser zu schließen. Echte Qualitätsverbesserungen gehen von diesen Kriterien nicht aus. Sehr wahrscheinlich werden viele Krankenhäuser

versuchen ‚nachzurüsten‘ und alles dafür tun, diese Strukturkriterien erfüllen zu können. Dies ist teuer und nur bedingt qualitätsförderlich“, so **Dr. Hans-Heinrich Aldag**, Präsident des BDPK. Die privaten Klinikbetreiber hätten sich ein mutiges Bekenntnis zu einem System echter Ergebnisqualitätsmessung und zu mehr Wirtschaftlichkeit bei der Patientenversorgung gewünscht. Stattdessen scheint der Fokus weiterhin darauf zu liegen, die Elemente des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG), insbesondere Angebotssteuerung über Strukturvorgaben und Eingriffe des Bundes in die Krankenhausplanung der Länder, zu verteidigen. Der Verband kritisiert, dass nun plötzlich die Krankenkassen über die Krankenhausplanung mitentscheiden dürfen, obwohl sie weder die Investitionskosten tragen noch für die Sicherstellung der Versorgung verantwortlich sind.

Fraglich sei auch die Vorhaltefinanzierung mit den Mindestvorhaltezahlen. Beide Elemente passen schlicht nicht zusammen. Die Vorhaltefinanzierung soll vorgehaltene Strukturen im Krankenhaus finanziell absichern, unabhängig davon, ob Patientinnen und Patienten kommen oder nicht. Die Mindestvorhaltezahlen hingegen sind ein Instrument der Qualitätssicherung, das Gelegenheitsversorgung ausschließen soll. Diese passen als Qualitätssicherungsinstrument allenfalls zur Krankenhausplanung mit Leistungsgruppen.



Die privaten Klinikbetreiber hätten sich ein mutiges Bekenntnis zu einem System echter Ergebnisqualitätsmessung und zu mehr Wirtschaftlichkeit bei der Patientenversorgung gewünscht, sagt Dr. Hans-Heinrich Aldag, Präsident des BDPK: „Stattdessen scheint der Fokus weiterhin darauf zu liegen, die Elemente des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG), insbesondere Angebotssteuerung über Strukturvorgaben und Eingriffe des Bundes in die Krankenhausplanung der Länder, zu verteidigen.“ Foto: BDPK/D. Gust.

„Versprochen und dann gekniffen“

Als große Enttäuschung für die rund 300 NRW-Krankenhäuser mit ihren mehr als 300 000 Beschäftigten wertet die Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) den von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken vorgelegten Korrekturversuch für die Krankenhausreform. Der beschlossene Entwurf des KHAG beachte fast keine der Zusagen im schwarz-roten Koalitionsvertrag: Insbesondere verschaffe er den Ländern keine ausreichende Flexibilisierung, um die Krankenhausversor-



„Es darf nicht sein, dass die Häuser im bevölkerungsreichsten Bundesland dafür bestraft werden, dass sie sich viel früher auf den Reformweg eingelassen haben. Sie haben mit allen Beteiligten erfolgreich gezeigt, dass und wie ein Systemwechsel mit Blick auf den regionalen Bedarf funktioniert“, betont KGNW-Präsident Morell. Foto: Jens Jeske.

gung in ländlichen Regionen sicherstellen zu können. KGNW-Präsident **Ingo Morell**: „Dieser Gesetzentwurf enthält nur wenige Verbesserungen, um die Krankenhausreform des Bundes praxistauglich zu machen.“

Zwar gelte für die in Nordrhein-Westfalen erfolgreich eingeführte Krankenhausplanung eine Übergangsfrist bis Ende 2030, aber auch für diese Zeit müsse das KHAG noch wichtige Klarstellungen liefern, sagt Morell: „Positiv sehen wir die Klarstellung, dass die NRW-Krankenhäuser zunächst nur die NRW-Systematik umsetzen müssen. Zugleich muss die Bundesregierung nun ihre Zusage aus dem Koalitionsvertrag erfüllen, dass die nordrhein-westfälischen Kliniken durch die Umsetzung der Krankenhausplanung nicht schlechter gestellt werden. Diese Zusage hat insbesondere auch eine finanzielle Dimension, weil in Nordrhein-Westfalen bis Ende 2030 das Fallpauschalensystem weiter angewendet werden soll.“ Die Bundesregierung müsse darum sicherstellen, dass in diesem Zeitraum auch die zentralen Zuschläge für Geburtshilfen, Pädiatrie, Stroke-Units, Intensivmedizin und Traumatologie an die Krankenhäuser gezahlt werden. „Es darf nicht sein, dass die Häuser im bevölkerungsreichsten Bundesland dafür bestraft werden, dass sie sich viel früher auf den Reformweg eingelassen haben. Sie haben mit allen Beteiligten erfolgreich gezeigt, dass und wie ein Systemwechsel mit Blick auf den regionalen Bedarf funktioniert“, betont KGNW-Präsident Morell. Wichtiges Element der Krankenhausplanung sei das sehr gut funktionierende Modell, dass Krankenhäuser für Leistungsgruppen Kooperationen eingehen können und so die hohe Versorgungsqualität im neuen System gewährleisten. Es sei deshalb ein schlechtes Signal, dass die Bundesregierung diese Möglichkeit im KHAG weitgehend ausschließt: „Das stellt einen relevanten Erfolgsfaktor für eine am Bedarf der Menschen orientierte Versorgung in Frage.“

„Ministerin setzt sich über einstimmiges Ländervotum hinweg“

Gerade vor dem Hintergrund der guten Erfahrungen mit der NRW-Krankenhausplanung übt KGNW-Präsident Ingo Morell deutliche Kritik an dem mit dem KHAG eingeschlagenen Kurs der neuen Bundesregierung: „Offenbar hat die Unionsseite in dieser Koalition ihre eigenen Kritikpunkte und Forderungen nach Korrekturen an der Krankenhausreform weitgehend geräumt.“

Nun räche sich, dass die Ministerin nicht zuallererst die dringend notwendige Auswirkungsanalyse zur Krankenhausreform angestoßen hat. „Ohne eine belastbare Folgenabschätzung als Wissensbasis begibt sich nun auch die Union auf eben jenen Ampel-Blindflug, den sie in der Opposition so vehement kritisiert hat“, so Morell. Bei vielen klaren Versprechen im Koalitionsvertrag habe Ministerin Warken gekniffen: Beispielsweise laufe die Vorgabe, je Fachärztin und Facharzt nur drei Leistungsgruppen anzurechnen, am tatsächlichen Leistungsgeschehen vorbei. „So werden zuerst die Kliniken in den ländlichen Regionen aus dem Markt gedrängt“, betont Morell. Die Politik der schwarz-roten Bundesregierung verfolge offenbar weiterhin den Kurs, möglichst schnell möglichst viele Krankenhäuser zu schließen. Morell: „Wenn die Abgeordneten das mittragen und dem ausdrücklich zustimmen, müssen sie es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ebenso den Bürgerinnen und Bürgern vor Ort selbst erklären.“

Verhaltene Kritik aus den Ländern

Der niedersächsische Gesundheitsminister **Dr. Andreas Philippi** sieht im KHAG viele niedersächsische Forderungen in das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) aufgenommen. „Das nun beschlossene Krankenhausreformenpassungsgesetz ist ein wichtiger Schritt für die Planungssicherheit in den Ländern, und der Bund ist seiner Ankündigung, das Gesetz zu verbessern, auch in Teilen gerecht geworden. So können beispielsweise Fachkrankenhäuser Level F bei der Sachausstattung kooperieren.“ Über die Begrenzung der Ausnahmen von den Qualitätskriterien auf drei Jahre müsse im Gesetzgebungsverfahren aber nochmal gesprochen werden, so Philippi. Aus niedersächsischer Sicht sind insbesondere zwei wichtige Aspekte noch immer nicht ausreichend berücksichtigt: Bei der Zuweisung der Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausplanung sei auch im KHAG keine Anpassung der Standortproblematik vorgesehen. Mit der bisherigen Regelung können bestimmte Leistungen künftig nicht mehr über größere Distanzen hinweg an räumlich getrennten Klinikstandorten erbracht werden. Für besondere Fälle muss eine Ausnahme von der Standortdefinition möglich sein. Es bestünden außerdem weiterhin praktische Schwierigkeiten in den Leistungsbereichen „Orthopädie und Unfallchirurgie“ sowie „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“. Durch die Gliederung in Leistungsgruppen und die Vorgabe, Fachärztinnen und Fachärzte maximal in drei dieser Leistungsgruppen anzurechnen, ließen sich insbesondere an kleineren Häusern die Qualitätskriterien für die personelle



Der niedersächsische Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi sieht im KHAG viele niedersächsische Forderungen in das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) aufgenommen.
Foto: Photothek SPD

Ausstattung nicht erfüllen, befürchtet Philippi. „Bereits in der Koalitionsvereinbarung auf Bundesebene wurde festgehalten, dass die Anrechnung von Fachärztinnen und -ärzten geprüft wird. Wir fordern daher ein, durch Änderung des KHVVVG die Mehrfachanrechnung der Fachärztinnen und Fachärzte in den genannten Leistungsbereichen zu erlauben. Das kann durch die Anrechnung in vier statt drei Leistungsgruppen erfolgen.“

Gesundheitsminister **Manne Lucha** (Bündnis 90/Die Grünen) aus Baden-Württemberg zeigt sich kritischer: „Auch wenn der Bund den Ländern in einigen Punkten wie beim Zeitplan, bei den Möglichkeiten zur Zulassung von Kooperationen und der Definition einer Fachklinik entgegenkommt, bleibt die Planungshoheit der Länder durch den vom Bundeskabinett beschlossenen Entwurf zum KHAG weiterhin stark eingeschränkt.“

Auch der Hessischen Gesundheitsministerin **Diana Stolz** (CDU) gehen die Nachbesserungen noch nicht weit genug: „Wir brauchen in den Ländern ausreichend Befreiheit, um auf regionale Besonderheiten eingehen zu können – das gilt gerade im



Baden-Württembergs Gesundheitsminister Manne Lucha (Bündnis 90/Die Grünen) sieht die Planungshoheit der Länder durch den vom Bundeskabinett beschlossenen Entwurf zum KHAG weiterhin stark eingeschränkt. Foto: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg



Unsere Krankenhäuser dürfen nicht zum Experimentierfeld werden. Immerhin geht es um die medizinische Versorgung unserer Bevölkerung“, sagt die Hessische Gesundheitsministerin Diana Stolz (CDU).
Foto: Paul Schneider/Hessische Staatskanzlei

ländlichen Raum. Eine zeitliche, zu enge Begrenzung von Ausnahmen gibt zum Beispiel keine echte Planungssicherheit. Unsere Krankenhäuser dürfen nicht zum Experimentierfeld werden. Immerhin geht es um die medizinische Versorgung unserer Bevölkerung. Ich habe immer gesagt, wir brauchen eine Krankenhausreform. Diese muss aber auch praxistauglich ausgestaltet sein“, forderte Stolz.

„Unsere Richtschnur ist, dass die Bürgerinnen und Bürger in Hessen sich auf eine hochwertige, erreichbare Gesundheitsversorgung verlassen können. Auf den ersten Blick erfüllen die Nachbesserungen im Entwurf diese Anforderungen noch nicht in ausreichendem Maß. Wir werden das nun sehr genau prüfen“, kündigte die Hessische Gesundheitsministerin an.

Stella Merendino, Sprecherin für Krankenhaus- und Notfallversorgung der Fraktion Die Linke im Bundestag: „Gesundheitsministerin Warken betont immer wieder, sie wolle die Versorgung auf dem Land sichern. Die vorgesehenen Ausnahme- und Übergangsregelungen des KHAG reichen dafür aber bei weitem nicht aus – zumal die Ministerin bereits angekündigt hat, dass Klinikschließungen unvermeidbar seien. Besonders betroffen sind kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum, die auch mit dem KHAG weiterhin massiv unterfinanziert bleiben. Mit dieser Reform steuert die Bundesregierung auf eine Zweiklassen-Versorgung zu: In Städten ist im Notfall medizinische Hilfe erreichbar, während Menschen in ländlichen Regionen oft so lange warten müssen, dass ihnen schlimmstenfalls kein Krankenhaus mehr helfen kann. Eine verantwortungsvolle Krankenhausreform müsste aus dem Hamsterrad ständiger Verschlimmbesserungen aussteigen und Gesundheit nicht als Ware, sondern endlich als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge begreifen – dazu fehlt dieser Regierung offenbar der Mut.“

„Die Vorhaltevergütung soll mit dem KHAG erst ein Jahr später voll wirksam werden – ein Etikettenschwindel ist sie nach wie vor.“ Eine verfehlte Reform werde auch durch Flickwerk nicht besser. Merendino fordert: „Die DRG-Fallpauschalen müssen vollständig abgeschafft werden. Statt neuer „DRGs 2.0“ in Form

von „Vorhalte“-Pauschalen braucht es schlicht und einfach die Einführung einer kostendeckenden Finanzierung: Ein erster Schritt in die richtige Richtung wäre die Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus den DRGs.“

Universitätsklinika im Transformationsfonds künftig umfassend förderfähig

Die Universitätsklinika erkennen gegenüber dem Referentenentwurf Fortschritte und betonen, der Reformpfad mit klarem Fokus auf Qualität, Spezialisierung und consequenten Strukturwandel dürfe nicht verlassen werden: „Bei der Umsetzung dürfen Länder und Kassen nur wirklich erforderliche Ausnahmen in begrenztem Umfang zulassen. Mit der erweiterten Förderfähigkeit der Universitätsklinika im Transformationsfonds wird eine für die Hochschulmedizin zentrale Vereinbarung des Koalitionsvertrags umgesetzt und die besondere Rolle der Universitätsklinika beim anstehenden Transformationsprozess angemessen berücksichtigt.“

Mit den nun am Anpassungsgesetz beschlossenen Änderungen orientiere die Krankenhausreform sich wieder stärker an ihren ursprünglichen Zielen. Das sei ein wichtiges Signal, so **Prof. Jens Scholz**, 1. Vorsitzender des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD). Der verbindliche Rahmen, um Strukturveränderungen planvoll umzusetzen, sei wieder gegeben: „Qualität und Leistungskonzentration müssen im Mittelpunkt stehen.“

Die Fördertatbestände des Transformationsfonds werden im Kabinettsbeschluss für Universitätskliniken weiter geöffnet. Der Fonds wird künftig auch bei standortübergreifender Konzentration von Versorgungskapazitäten, Bildung regionaler Verbünde und integrierten Notfallstrukturen greifen. Damit wird eine für die Hochschulmedizin zentrale Vereinbarung des Koalitionsvertrags umgesetzt und die besondere Rolle der Universitätsklinika beim anstehenden Transformationsprozess angemessen berücksichtigt, erklärte der VUD. „Die stärkere Einbeziehung der Universitätsklinika in den Transformationsfonds ist ein ent-



„Eine verantwortungsvolle Krankenhausreform müsste aus dem Hamsterrad ständiger Verschlimmbesserungen aussteigen und Gesundheit nicht als Ware, sondern endlich als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge begreifen – dazu fehlt dieser Regierung offenbar der Mut“, sagt Stella Merendino, Sprecherin für Krankenhaus- und Notfallversorgung der Fraktion Die Linke im Bundestag.



„Mit dem geplanten Krankenhausanpassungsgesetz verliert die Regierung das Ziel der Krankenhausreform aus den Augen“, sagt **Dr. Jens Baas**. Dem Vorstandsvorsitzenden der Techniker Krankenkasse (TK) gehen die Zugeständnisse an die Länder und die Kliniken zu weit: Von der geplanten besseren Behandlungsqualität und den besseren Versorgungsstrukturen sei nach den aktuellen Verwässerungen nicht mehr viel übriggeblieben. „Die Länder sollen zukünftig den Krankenhäusern auch Leistungsgruppen zuweisen können, wenn Kliniken die dafür notwendigen Qualitätskriterien nicht erfüllen. Die Vorgaben für die Erreichbarkeit der Kliniken sollen gestrichen werden, Mindestmengen können durch Ausnahmen- und Kooperationsmöglichkeiten unterlaufen werden. Mit der Reform vertun wir für viele Jahre die Chance auf eine bessere Qualität in der Krankenhausversorgung.“

Katrin Rüter

— Anzeige

KERN

Präzise Waagen für Klinik, Praxis und Pflege.
Zertifiziert nach MDR (EU) 2017/745.



effizient
hygienisch
vernetzbar

